# LA FRANCE MÉDICALE

ET

# PARIS MÉDICAL


## SOMMAIRE


**linique médicale** : Névralgie superficielle du membre inférieur chez une nouvelle accouchée, 501. — **Bibliographie** : I. Guérison radicale de la syphilis. — II. Un traitement simple et efficace de la blennorrhagie aiguë, par le Dr F. Larrieu, 502. — **Revue de la presse** : Tuberculose du myocarde, 503. — Mort par septicémie à la suite d'une extraction dentaire, 504. — **Académie des sciences** : *Séance du 20 juillet.* — Présidence de M. A. Chatin, 505. — Rapports de la dépense énergique du muscle avec le degré de raccourcissement qu'il affecte en travaillant d'après les échanges respiratoires. La dépense est d'autant plus faible, pour un même travail extérieur accompli, que le muscle est plus près de sa longueur maxima quand il se raccourcit pour travailler, 585. — Dosage de l'alcool éthylique dans le sang après l'injection directe dans les veines ou après l'introduction dans les vapeurs alcooliques dans les poumons, 505. — Action coagulante du liquide prostatique sur le contenu des vésicules séminales, — De l'influence de la lécithine sur la croissance des animaux à sang chaud, 506. — **Académie de médecine** : *Séance du 28 juillet.* — Présidence de M. Hervieux, 506. — Ainhum, 506. — Pseudohermaphrodite androgyne, 506. — Maladie de Fauchard, 507. — Paralysies post-traumatiques, 507. — Rapport sur le prix Larrey, 507. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 24 juillet.* — Présidence de M. d'Heilly, 507. — Hystérie et paludisme, 508. — Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, 507. — Mort rapide après une intervention sur un kyste hydatique du foie, 508. — Sur une faute dans la stérilisation du lait qui peut être l'origine de diarrhées estivales graves, 508. — Classification des gastrites, 508. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 25 juillet.* — Présidence de M. Ladreit de Lacharrière, 509. — Nouvelle contribution sur le rôle de la phonendoscopie, 510. — Goutte militaire et rétro-annexite, 510. — **Société de chirurgie** : *Séance du 22 juillet* 1896. — Présidence de M. Ch. Monod, 511. — Traitement du pied bot, 510. — Contusion du foie, 510. — Kyste à grains riziformes du poignet, 500. — Rétrécissement du rectum, 511. — Tumeur de la corde vocale droite, présentation des pièces, 511. — Calcul biliaire enlevé par la laparotomie, 511. — **Nécrologie** : Le professeur Pajot, 511. — Armand Desprès, 512. — **Memento pratique** : Régime alimentaire des diabétiques, 512. — **Variétés** : Le cerveau de Gambetta (*fin*), 513. — **Nouvelles**, 414.


## CLINIQUE MÉDICALE

### Névralgie superficielle du membre inférieur chez une nouvelle accouchée.

Par M. le Dr Pellier.

Mme L., accouche pour la première fois le 25 décembre 1888; après une rupture prématurée des membranes avec écoulement des eaux, le travail a duré douze heures et demie; l'enfant ne paraissait pas tout à fait à terme.

Une déchirure s'est produite à *gauche et en bas* de la vulve, sans entamer en réalité l'orifice externe ni les grandes lèvres; c'est plutôt un *craquement* de la première portion du vagin; une douleur existait à ce niveau au moment des lotions qui complétèrent les irrigations antiseptiques.

La accouchée se trouve bien jusqu'*au 8e jour* où se manifeste une sensation douloureuse dans le *côté droit* du bas-ventre.

Au toucher je ne constate rien d'anormal dans les culs de sac, ni sur le trajet du ligament large gauche.

L'aine est douloureuse ainsi que la partie interne de la cuisse dans la direction de la déchirure. Bientôt le ventre se météorise, devient un peu dur et les jours suivants le toucher m'indique un *point sensible en arrière* sur le trajet de la veine iliaque. A cette date 21 janvier, fin de la 3e semaine de l'accouchement, je demande en consultation le docteur Legroux, qui comme moi ne trouve qu'une douleur en un point de la région iliaque. — Y a-t-il seulement embarras de l'intestin par rétention des matières? ou bien y a-t-il un point de phlébite capable d'amener de la phlegmatia du membre?

Les jours suivants cette dernière crainte d'aggravation s'évanouit. A la fin de janvier la douleur persiste à l'aine, à la face interne de la cuisse, à la face plantaire du pied, mais sans œdème.

Durant la 1re semaine de février, ce n'est plus qu'une légère sensibilité sur le trajet de la veine fémorale.

Le 15 février, après un examen attentif, je constate au toucher à l'*entrée et à gauche* du vagin un *véritable spasme*, sans tuméfaction, ni chaleur; plus profondément le point iliaque primitif a disparu. Par contre il y a de la douleur sur le trajet du nerf *lombo-abdominal*, en avant de la cuisse, dans la masse *du triceps*, au-dessous de la rotule et en avant du tibia; en un mot sur le trajet des branches superficielles du nerf saphène interne.

La face plantaire du pied n'est plus sensible à la pression; il y a au contraire des douleurs à la région dorsale, aux deux malléoles, ainsi que de l'*hyperesthésie cutanée*.

Dans tout le membre existe un sentiment de chaleur, de tension toujours sans œdème. Point de *fièvre, temp.* 37° Tout en trouvant sa jambe lourde, la patiente la remue bien cependant et fléchit aisément l'articulation du genou sans retentissement au point prétibial sus-indiqué.

La friction simple de la peau produit de *l'hyperesthésie* et une réaction de tremblement de tout le membre.

Du côté droit se manifeste ensuite de la douleur aux points symétriques du bas-ventre et de la cuisse, mais d'une façon bien moins accentuée et fugace.

Le traitement a consisté en révulsifs, suppositoires

calmants, pointes de feu au-dessous de la rotule et ensuite électrisation,

Un amendement dans tous les symptômes se produit et le 27 février l'amélioration s'annonce définitive.

Cette observation m'a suggéré les réflexions suivantes: Dans une *première période* nous remarquons qu'il y avait de la douleur sur le trajet *des veines*, qu'il y a eu en réalité un certain degré de phébite.

Dans une *seconde période* la douleur s'observe sur le trajet *des nerfs*, sur les branches plutôt les plus superficielles, sur la peau même.

M. Tarnier, dans son traité des accouchements, à l'article névralgie, a écrit que cette affection chez les nouvelles accouchées est presque toujours symptomatique d'une inflammation des organes du bassin, que la douleur siège en partie dans la peau et qu'elle dépend souvent d'une névralgie des rameaux cutanés émanés des branches collatérales du plexus lombaire.

Pour la pathogénie de ces névralgies, je la trouve, d'après mon observation, dans l'infection consécutive à l'action d'un virus peu actif qui d'abord a produit l'inflammation légère des veines, partant de la plaie vaginale, a retenti ensuite *sur les nerfs*, et par absorption de proche en proche des toxines, s'est étendue aux rameaux les plus superficiels du bas-ventre et du membre inférieur.

On m'objectera que pendant les soins antiseptiques la malade a pu être impressionnée par le froid; il est juste de dire que le côté malade répondait au bord gauche du lit; mais je répondrai que la chambre était constamment bien chauffée et que toute précaution minutieuse contre le refroidissement était prise. — De plus dans les derniers jours après le transport sur une chaise longue les douleurs nerveuses dans tous les points indiqués avaient subi une recrudescence, ce qui pouvait être en rapport avec un réveil également de l'inflammation des veines, ayant déterminé assez vraisemblablement l'absorption de nouvelles doses du virus pathogène.

## BIBLIOGRAPHIE

**I. Guérison radicale de la syphilis. — II. Un traitement simple et efficace de la blennorrhagie aiguë**, par le Dr F. Larrieu, de Montfort-l'Amaury. (Paris, librairie Em. Lefrançois, 1896).

I. Dans un opuscule fort bien écrit, le Dr Larrieu fait connaître au public médical le résultat de ses recherches sur la possibilité de la guérison radicale de la syphilis.

Il faudrait pour l'auteur que le sujet fût traité dans les deux mois qui succèdent au chancre, qu'il fût indemne de tare diathésique, et comme preuve de la cure radicale il affirme avoir pu réinoculer le chancre suivi d'accidents secondaires, chez plusieurs de ses malades guéris par son procédé. Ce procédé supérieur à l'excision, aux applications d'iodoforme à l'administration du mercure, qui, même suivant le Dr Larrieu, retarderait seulement ou atténuerait les accidents tardifs, consisterait en ceci :

A. 1° *Chancre avec adénite.* — Traitement externe: cautérisation du chancre à la pâte de Vienne (consistance du mastic de vitrier) étalée pendant 3 à 4 minutes sur l'ulcère (pansement au vin aromatique).

B. *Adénite.* — Onctions légères, quotidiennes des ganglions de l'un ou des deux plis inguinaux avec la pommade mercurielle de récente préparation.

C. *Traitement interne* : Prescrire chaque matin *à jeun*, pendant 20 jours, de trois à cinq gouttes de teinture d'iode dans un demi-verre d'eau sucrée (la teinture d'iode devra être renouvelée à chaque cure). Après 18 jours de repos prescrire une nouvelle cure iodée de vingt jours.

L'induration du chancre se résorbe vers le 10e jour. Du 15e au 20e jour les ganglions ont repris leur volume normal.

La cautérisation seule sans frictions hydrargyriques ne paraît jamais avoir eu de succès.

Le Dr Larrieu n'a vu aucune éruption secondaire surgir sur les téguments et les muqueuses chez ses malades ainsi traités dans les deux premiers mois; actuellement il en aurait suivi près de soixante (communication orale).

Dans un second chapitre, le Dr Larrieu passe en revue les deux grandes méthodes de traitement de la syphilis confirmée. Il rappelle les inconvénients des injections de calomel et préfère à celles-ci dans la cure de la *syphilis secondaire* le traitement suivant :

1° Chaque matin, un quart d'heure avant le premier déjeuner, prendre *trois gouttes de teinture d'iode récente préparation* et une grande cuillerée de la solution :

| | |
|---|---|
| Eau distillée..... | 300 gr. |
| Iodure de sodium cristallisé..... | 20 gr. |

On pourrait même supprimer l'iodure en cas d'intolérance, celui-ci n'ayant qu'une action préventive sur les névralgies ou les manifestations artérielles de la syphilis tardive.

Continuer pendant 5 à 8 mois (15 à 20 jours par mois). On ne cessera que deux mois après la disparition des accidents secondaires.

Dans les cas graves, renouveler les séries de cures iodées de 4 à 6 mois par an.

2° Onctions légères sur les syphilides cutanées quelles qu'elles soient, avec la pommade mercurielle simple ou avec :

| | |
|---|---|
| Glycérolé d'amidon..... | 30 grammes |
| Précipité blanc..... | 3 — |

Cette pommade provoque sur les ulcérations une assez vive réaction inflammatoire;

3° Combattre les plaques muqueuses de la bouche

vec la solution faible de chlorure de zinc (1 p. 500) u avec le gargarisme.

| | |
|---|---|
| Eau distillée ..... | 200 grammes |
| Glycérine neutre ..... | 50 — |
| Résorcine pure..... | 4 à 8 grmmes |

Le Dr Larrieu préfère comme topique l'onguent ercuriel à la teinture d'iode, le premier effaçant s traces des syphilides mieux que les simples badi- onnages iodés.

Ce traitement très méthodique annule-t-il la sy- hilis comme le désire et le souhaite le Dr Larrieu ? ous n'oserions l'affirmer d'après les observations êmes de notre distingué confrère, qui cite de fré- ientes récidives pendant 12 et 15 mois; l'influence la syphilis continuant à s'affirmer chez la mère et fœtus traités (Obs. V).

D'ailleurs le Dr Larrieu conseille prudemment une re d'un an suivie la seconde année d'une cure mestrielle.

En outre, il ne faut point oublier que les sujets és par l'auteur ont eu, il est vrai, de longues calmies, mais qu'ils n'ont pas été suivis plus de ux à trois ans au maximum.

Aucun fait de réinoculation du chancre n'est cité ns l'opuscule du Dr Larrieu.

II. Le traitement préconisé par le Dr Larrieu com- end, en outre des mesures d'hygiène classique (con- ence, suppression du café, de l'alcool et des exer- es violents) les recommandations suivantes :

*Traitement abortif* : 1° Deux ou trois fois par jour médiatement après la miction une injection tiède la mixture suivante :

Glycérine boriquée à saturation à chaud, 200 gr.
Chlorhydrate de cocaïne, 0 gr. 50 cent. à 2 gr.

Remplacer en cas d'intolérance de la part du ma- e cette dernière substance par du chlorydrate de rphine (1 à 3 gr.) ou du laudanum (2 à 5 gr.).

*Traitement à la période aiguë* : mêmes injections 5 fois, avec pénétration dans l'urèthre postérieur. ultanément, six capsules d'eucalyptol ou de téré- thine.

*Traitement périodique de déclin* : Traitement en s fois de la période aiguë. En outre le matin à n six gouttes de liqueur de Fowler (pendant un s).

e traitement modifierait en 2 à 6 jours l'écoule- t qui cesse d'être purulent, et calmerait les érec- s. Après 12 jours, les gonocoques disparaissent.

n peut le tenter au début ou à la période de déclin c chance de guérison rapide.

ous nous permettrons ici encore des réserves sur nocuité des hautes doses de cocaïne propo- par l'auteur, 0,10 cent. par injection, répétés trois quatre fois par jour sur une muqueuse enflammée. une observation n'est citée dans le travail du Larrieu. Cette médication nous paraît excellente en principe à la condition d'atténuer les doses de ce substances sans doute très efficaces mais dangereu- ses.

Dr H. Dauchez.

## REVUE DE LA PRESSE

**Tuberculose du myocarde**, par Marcel Labbé, interne des hôpitaux. (*Revue des maladies de l'enfance*, juin 1896 p. 280). Deux observations recueillies dans le service de M. le Dr Hutinel, à l'hôpital des enfants assistés, l'une de gros tubercules, l'autre de tuberculose diffuse, servent de point de départ à ce travail intéressant surtout au point de vue de l'anatomie pathologique.

La tuberculose du péricarde est une localisation relativement rare de cette maladie, puisque Valentin dans sa thèse (1825) n'a pu en réunir que 36 observations.

Ne se traduisant dans la grande majorité des cas pendant la vie par aucun symptôme appréciable, la tuberculose du myocarde peut aussi donner lieu à quelque symptômes : troubles du rythme cardiaque, tachycardie et faiblesse du cœur, pouls paresseux arythmie, accès dyspnéiques avec cyanose et palpitations, accès dyspnériques et syncopaux répétés à intervalles plus ou moins éloignés. Ce sont en somme les symptômes des myocardites banales.

Ils reconnaissent des causes diverses : destruction du myocarde, sclérose vasculaire et paravasculaire, oblitération des artères, compression d'organes importants (veines pulmonaires) par un tubercule volumineux, etc.

Le tubercule peut siéger en tous les points du cœur, il est plus fréquent au niveau des ventricules que des oreillettes, l'oreillette droite est plus souvent atteinte que la gauche.

« Les tubercules miliaires sont généralement perdus au milieu des fibres musculaires. mais quelques-uns plus superficiels apparaissent sous l'endocarde et souvent sous l'endocarde du ventricule droit.

« Les gros tubercules sont situés également en plein tissu musculaire, quelquefois ils font saillie à l'intérieur et à l'extérieur. Le plus souvent ils sont limités à une seule des cavités du cœur ; rarement ils sont généralisés à tout le myocarde.

« Le tubercule peut se présenter sous plusieurs formes :

1° La *granulation miliaire*, grise, fine, demi-transparente. Cette forme est rare, quoi qu'en dise Bret, et quoique la tuberculose du cœur se montre le plus souvent au cours de la tuberculose généralisée. Weigert soutient en effet cette opinion ; mais Orth, Ziegler et Simmonds contredisent son assertion : ce dernier auteur n'avait vu qu'une fois la tuberculose du cœur sur 126 enfants morts de tuberculose aiguë. La granu-

lation grise peut facilement passer inaperçue ou être confondue avec un abcès miliaire; seul l'examen histologique et la recherche des bacilles permet de trancher la question.

2° Le *gros tubercule,* dont le volume varie de celui d'une lentille à celui d'une cerise et même d'un œuf de poule (Pollak) est la variété la plus fréquente de tuberculose myocardique. Il se présente sous l'aspect d'une masse blanchâtre et ferme, dont le centre est jaunâtre et ramolli, caséeux. Il est rarement unique, plus souvent multiple. Il peut être confondu avec un vieil abcès, ou avec un syphilome ; selon Virchow, beaucoup de prétendus tubercules ne seraient que des gommes syphilitiques. Ici encore, c'est l'examen histologique qui permet d'affirmer le diagnostic, en montrant dans les tubercules des cellules géantes, des bacilles de Koch, et une union intime, une infiltration des tissus voisins, tandis que la gomme est séparée du myocarde par des tissus fibroïdes.

3° La *tuberculose diffuse,* plus rare. Elle se présente sous la forme de masses multiples, blanchâtres ou grisâtres, disséminées au milieu du myocarde, et que l'on confond facilement, à l'examen microscopique, avec la syphilis ou le cancer du cœur. Le péricarde est souvent atteint dans cette forme.

4° Enfin il est nécessaire de décrire une quatrième forme, la *myocardite tuberculeuse*, dont une observation a été publiée par Brehmer dans sa thèse sur la myocardite fibreuse (1883) ; on trouve une légère hypertrophie du cœur, et, au milieu du myocarde légèrement décoloré, des points plus fermes, d'un blanc gris. L'examen microscopique montre que le myocarde était sclérosé dans toute son étendue, que cette sclérose atteignait son maxima sous l'endocarde, et qu'au milieu des bandes fibreuses existaient des amas embryonnaires avec cellules géantes, sans caséification proprement dite. L'auteur admet l'origine tuberculeuse de cette myocardite à cause de la prédominance du tissu conjonctif autour des nodules uberculeux.,. Si l'on songe enfin que le bacille tuberculeux peut créer soit directement, soit par l'intermédiaire de ses toxines une sclérose de la plupart des organes où il se développe (cirrhose hépathique tuberculeuse, foie ficelé de Hanot et Gilbert ; tuberculose pulmonaire fibreuse ; néphrite tuberculeuse), on est porte à admettre l'origine tuberculeuse de certaines scléroses du cœur bien que les granulations spécifiques n'y occupent qu'une place minime en apparence et que la coloration des bacilles de Koch y soit impossible. »

A côté des lésions spécifiques existent généralement des lésions banales secondaires : sclérose du myocarde, rétrécissement des cavités cardiaques, hypertrophie générale du cœur, hypertrophie limitée au ventricule gauche, compression des veines pulmonaires, granulations miliaires de l'endocarde dans la tuberculose généralisée ; inflammation banale adhésive, tuberculose miliaire du péricarde, qui peut aussi être transformée en une masse épaisse lardacée contenant des parties caséeuses, ou être sain.

« Histologiquement, la tuberculose du myocarde est moins bien connue. Le tubercule s'y présente, souvent, chez un même malade, à tous les degrés d'évolution, sauf le degré le plus ultérieur, ramollissement et ouverture du cœur dans le péricarde (Valentin). On trouve des follicules embryonnaires, des follicules typiques avec cellules géantes, entourés d'une double couronne de cellules épithéliales et de cellules embryonnaires, des follicules anciens dont le centre est devenu caséeux et des tubercules fibreux (Brehmer).

« Ces productions tuberculeuses débutent autour des vaisseaux dans les espaces de Henle et s'insinuent dans les interstices conjonctifs, pour pénétrer entre les faisceaux primitifs et même entre les fibres musculaires qu'elles dénouent. Les fibres musculaires sont dans un état variable. Mendez les a trouvées altérées : « le noyau ne se colore plus, la striation disparaît : à un degré plus avancé, la fibre est granuleuse, son protoplasma ne se colore plus et n'est plus limité par des bords nets ». Potain a noté seulement la disparition progressive des fibres myocardiques. »

Dans les deux cas qu'il a observés, Labbé n'a pas trouvé d'altération des fibres musculaires, elles avaient conservé leur intégrité au voisinage même de tubercule, il n'a trouvé qu'une diminution progressive du volume des fibres, comme si elles avaient été atrophiées sous l'influence de la compression produite par l'infiltration tuberculeuse ; quant aux bacilles tuberculeux ils sont en général peu nombreux.

La tuberculose du myocarde est très rare; l'on n'en connaît que 38 observations; elle survient surtout dans le jeune âge ; 15 fois sur 27 elle a été observée chez des sujets de moins de quinze ans (Valentin). En règle générale, elle est secondaire et consécutive à une tuberculose des ganglions, du péricarde, etc.

Quant au mode de propagation il est difficile à concevoir : apport sanguin, voie lymphatique ou envahissement de proche en proche.

Dr E. Deschamps.

**Mort par septicémie à la suite d'une extraction dentaire.** — Port (*Münchener med. Wochenschrift 1895, n° 37*) fait remarquer qu'étant donnée la grande quantité de microorganismes qui pullulent dans la bouche, il est extraordinaire que les extractions dentaires ne soient pas plus fréquemment la source d'infections. Le livre de Milher n'en cite que 60 cas dont la moitié environ se termina par la mort, tandis que l'autre moitié aboutit à la guérison après un temps plus ou moins long. La mort a généralement été causée par septicémie, pyohémie ou méningite.

Port raconte l'observation d'un homme de 22 ans vigoureux et bien portant, auquel une person

inexpérimentée enleva avec la clef la première molaire inférieure droite. Cet individu fut pris de fièvre avec manifestations infectieuses et mourut en quatre jours.

L'autopsie révéla la présence, sous la moitié droite du maxillaire inférieur, d'un abcès gros comme un marron, qui fusait à travers les muscles du cou jusque dans le médiastin. Les deux cavités pleurales renfermaient 20 à 30 cc. de pus fétide brun jaunâtre; la plèvre ne paraissait pas altérée. Le péricarde renfermait également un peu d'exsudat purulent.

L'examen bactériologique du pus recueilli au niveau de l'abcès démontra la présence de streptocoques nombreux associés à des diplocoques et à des bâtonnets. Les diplocoques étaient entourés d'une auréole claire et ressemblaient au microbe de la septicémie salivaire décrit par Milher.

Les mêmes microbes furent retrouvés dans le pus contenu dans la cavité thoracique.

Port termine en donnant des conseils aux personnes qui s'occupent d'extractions dentaires sur l'asepsie et l'antisepsie qu'elles doivent observer, conseils qui ne sont pas inutiles quand on songe à la négligence avec laquelle opèrent certains dentistes. (*Journ. des conn. méd.*).

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Séance du 20 juillet. — Présidence de* M. A. Chatin

**Rapports de la dépense énergétique du muscle avec le degré de raccourcissement qu'il affecte en travaillant après les échanges respiratoires. La dépense est d'autant plus faible, pour un même travail extérieur accompli, que le muscle est plus près de sa longueur maxima quand il se raccourcit pour travailler.**—M. A. Chauveau a fait une communication résumée dans le titre ci-dessus.

**Sur la photographie des bruits du cœur.** — M. A. de Dolowinski, adresse une note sur ce sujet. Les vibrations sonores, produites par la fermeture des valvules auriculo-ventriculaires (premier bruit) et sigmoïdes (deuxième bruit) correspondent normalement à une amplitude tellement petite (au-dessous des millionièmes d'un milimètre), que leur réception directe, accessible à l'ouïe, reste inaccessible à la vue. L'enregistrement graphique ou optique de ces vibrations résiste en effet aux puissantes amplifications dont on dispose depuis longtemps pour inscrire les autres ondes physiologiques à périodes relativement lentes et à amplitudes relativement colossales.

Après diverses tentatives, j'ai réussi, vers la fin de 1895, à combiner une méthode *entièrement automatique* pour photographier les instants des bruits cardiaques. Le principe repose sur ce fait, que la tension périodique des valvules est non seulement synchronique avec les vibrations sonores des bruits stéthoscopiques, mais aussi avec des *secousses mécaniques* (ébranlements) qui l'accompagnent en se propageant sur toute la surface du thorax : ces secousses sont directement insensibles à l'ouïe (à cause de leur petite fréquence), mais on les sent souvent sous la pression du doigt et on les voit par la réflexion d'une mire sur un miroir appliqué sur tous les points du thorax.

Pour fixer photographiquement les instants de ces secousses synchroniques avec le stéthoscope, j'emploie un appareil qui comprend quatre organes principaux :

1. Un microphone perfectionné, appliqué sur la surface du cœur;

7. Un téléphone optique, excité par le microphone et dont le diaphragme produit les *anneaux colorés de Newton*;

3. Un système optique pour éclairer les anneaux et en réfléchir l'image réelle, inverse et agrandie sur une étroite fente verticale;

4. Un tambour, enveloppé par un papier fort sensible, qui tourne derrière la fente de la chambre photographique.

**Dosage de l'alcool éthylique dans le sang après l'injection directe dans les veines ou après l'introduction des vapeurs alcooliques dans les poumons.** — M. N. Gréhant (1). Avant de commencer de nouvelles recherches physiologiques sur un sujet qui a été l'objet d'un grand nombre de travaux, il était nécessaire d'établir un procédé de dosage de l'alcool, plus exact et plus sensible que la mesure de la densité des liquides obtenus du sang par distillation dont je me suis servi dans un précédent travail, publié dans les *Comptes rendus* (1895). J'ai demandé à M. Nicloux de modifier le procédé au bichromate, et d'essayer de le rendre quantitatif; grâce à ce procédé modifié, j'ai pu entreprendre une série de recherches comparatives dont j'ai l'honneur de communiquer les premiers résultats.

L'expérience m'a montré qu'il est possible d'injecter avec une grande lenteur, dans la veine jugulaire d'un chien, de l'alcool dilué à 25 pour 100, renfermant un poids d'alcool absolu égal à 1/25 du poids du sang. Quelquefois, l'animal meurt; mais, le plus souvent, il survit; on se trouve donc dans le voisinage de la dose toxique de l'alcool dans le sang.

Mes expériences permettent d'expliquer la durée des accidents si connus produits par l'ingestion de l'alcool et ceux qui ont été occasionnés par un long séjour des ouvriers dans une atmosphère chargée de vapeurs alcooliques.

**Action coagulante du liquide prostatique sur le contenu des vésicules séminales.** — M.M. L. Camus et E. Gley. Le contenu des vésicules séminales du cobaye constitue une masse très molle, presque semi-liquide, claire, transparente, offrant l'aspect de colle; sa réaction est neutre. Il y a quelques années, Landwehr en a donné une analyse assez détaillée; nous avons vérifié les principaux faits qu'il a signalés; on verra cependant plus loin pour quelles raisons nous ne pensons pas que la principale substance de ce contenu soit du fibrogène.

C'est cette masse qui sort coagulée du canal de l'urètre ou qui se coagule très rapidement après avoir été expulsée, quand on excite sur le cobaye le nerf éjaculateur; c'est elle aussi qui, dans le coït, fournit la matière du *bouchon vaginal* chez les Rongeurs.

(1) Travail du laboratoire de Physiologie générale du Muséum d'Histoire naturelle.

Mais en quoi consiste cette coagulation ? Elle n'est pas due à l'action du sperme proprement dit. On peut, sur l'animal vivant, lier les canaux déférents le plus près possible des vésicules séminales, puis exciter le nerf éjaculateur, et la coagulation dont il s'agit ne s'en produit pas moins.

C'est sous l'influence du liquide d'une glande annexe, également très importante chez les Rongeurs, la prostate, que se coagule le contenu vésiculaire. Une gouttelette de liquide prostatique, mélangée à une portion de ce contenu, en détermine instantanément la coagulation ; le coagulum prend très vite une teinte blanche, cireuse, et devient analogue à de la bougie.

Ce liquide prostatique, qu'il est facile de recueillir en l'aspirant simplement des culs-de-sac glandulaires au moyen d'une fine pipette de verre enfoncée en plein tissu, est clair, limpide, de réaction neutre, tout à fait fluide. Chauffé de 65° à 69°, il se coagule, mais conserve néanmoins son action spéciale sur le contenu des vésicules. Chauffé à 70° pendant quinze minutes, il perd tout son pouvoir.

Il s'agit ici d'une coagulation spéciale. Ni la présure, ni le fibrin-ferment ne la provoquent; ni les oxalates, ni la peptone, ni l'extrait de sangsues ne l'empêchent. Inversement, le liquide prostatique n'a d'action coagulante ni sur le sang, ni sur le lait. C'est donc bien, ce semble, un nouvel agent coagulant, à action spécifique, comme celle des autres ferments de ce genre.

Le liquide prostatique d'autres rongeurs, le rat, la souris, a la même action sur le contenu des vésicules séminales de ces animaux ou sur celui du cobaye; réciproquement, le liquide du cobaye coagule le contenu des vésicules du rat.

**De l'influence de la lécithine sur la croissance des animaux à sang chaud.** — M. B. Danilewski. Dans une précédente communication, j'ai indiqué que la lécithine accélère notablement la croissance des têtards de grenouille. Dans la communication actuelle, je citerai des faits analogues concernant *les animaux à sang chaud.*

Les chiffres prouvent que l'injection de la lécithine en petites quantités dans l'organisme des animaux à sang donne *une sensible augmentation de poids du corps dans la période de croissance.* Nous pouvons considérer cette augmentation comme une accélération de la croissance, c'est-à-dire une *accélération des processus bioplastiques morphogènes.* Les choses se passent comme avec les têtards de grenouille et le cresson. Cette influence stimulante se trouve sans doute en connexion avec *l'amélioration* du sang qui est produite par l'injection de la lécithine chez les chiens (*loc. cit.*), augmentation des érythrocytes et de l'hémoglobine (d'après les recherches de mon laboratoire).

Je crois nécessaire d'indiquer une particularité des chiens injectés de lécithine, intéressante au point de vue physiologique et, peut-être, thérapeutique. Presque tous ces chiens étaient plus vifs, plus agités et plus forts que les sujets de contrôle. La précocité du développement psychique était surtout fort prononcée chez les chiens F, H, J et M lorsqu'ils étaient en parfaite santé. Une pareille influence de la lécithine ne s'explique pas seulement par une augmentation probable de la masse du sang et par une amélioration dans sa composition, mais, selon toute probabilité, par une action immédiate sur le cerveau qui se développe.

# ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 28 juillet. — Présidence de M.* Hervieux.

M. le Président déclare deux places vacantes, l'un dans la section de pharmacie en remplacement de M. Le fort, l'autre dans la section de thérapeutique en remplacement de M. Constantin Paul.

**Ainhum.** — M. Zambaco, correspondant national à l'Académie, à Constantinople, lit un long travail sur sujet : *L'ainhum des auteurs constitue-t-il une entité morbide distincte ou bien n'est-il qu'une modalité de la lèprose?* L'auteur pense en résumé que, de même que quelques confrères l'avaient soupçonné et écrit, l'ainhum des nègres, l'ainhum pur sang, n'est que la léprose présentant un modus particulier dans le détachement des orteils, l'étranglement par un anneau constricteur, mode qu'il a d'ailleurs rencontré sur des lépreux incontestables de Constantionple. Or l'ainhum des nègres nagos est une léprose légère monosymptomatique, dactylienne podique, c'est-à-dire mutilante des pieds. L'ainhum qualifié de nostra par les auteurs européens n'est aussi que la lépro mais cette fois-ci, s'écartant du tableau de l'ainhum des nègres, soit quant au siège des mutilations, soit quant à la symptomatologie. Car tous ces cas observés en Europe se rapprochent encore bien davantage de la lèpre mutilante classique. Parfois plusieurs orteils sont successivement détachés et la léprose est alors podique polydactylienne; il y a en outre des troubles vasculaires nerveux et trophiques que les médecins qui ont les premiers décrit l'ainhum avaient déjà signalés.

**Pseudohermaphrodite androgyne.** — M. Pozzi présente à l'Académie une malade qu'il a soignée en mai, pour une hernie inguino-labiale gauche récidivante. Elle avait été opérée, en effet, un an auparavant, à Lariboisière, d'une hernie inguino-labiale double, qu'on avait supposé être une hernie des annexes. A gauche, on avait enlevé une poche kystique supposée un hydrosalpinx, et on avait réduit un organe glandulaire et un autre musculaire qui paraissaient bien n'être qu'un ovaire et un utérus rudimentaires; à droite, deux organes supposés l'ovaire et une trompe, également kystique, étaient compris dans un sac extrapéritonéal et avaient été réséqués.

La hernie inguinale gauche ayant récidivé, M. Pozzi pense tout naturellement qu'elle était formée par l'utérus et l'ovaire respectés lors de la première intervention. Comme d'autre part, elle était très douloureuse, il en fit la cure radicale après résection des deux organes; mais l'examen histologique montra que l'organe glandulaire n'était autre qu'un testicule, et que ce testicule lui-même était arrêté dans son développement, ainsi qu'en témoigne la quantité considérable de « cellules interstitielles » vers la périphérie. L'autre organe enlevé était constitué par des fibres lisses, entrecroisées et qu'on doit supposer être une corne d'utérus bipartitus rudimentaire, quoiqu'il n'y eût pas de cavité ni de muqueuse utérine.

L'examen histologique de l'organe glandulaire enlevé lors de la première opération montra également qu'il s'agissait d'un testicule.

On ne trouva ni spermatozoïde, ni épididyme. Le fait

l'absence de l'épididyme n'a point lieu de surprendre, car c'est assurément aux dépens de ces épididymes que s'étaient développées les deux parties cystiques précédemment extirpées et prises pour des hydrosalpinx. Quant à la malade, à part un développement un peu rudimentaire des organes génitaux externes (y compris le clitoris) et une respiration à type abdominal, elle présente l'aspect extérieur d'une femme bien constituée. Elle a été défloree à huit ans. Depuis elle n'a jamais eu aucun rapport sexuel. Elle n'a jamais eu de règles, mais tous les mois depuis l'âge de 12 ans elle éprouve pendant deux jours tous les phénomènes sympathiques habituels de la menstruation. En outre, pendant 10 ans, elle a eu des épistaxis mensuelles supplémentaires. Elle n'avait jamais eu aucun désir sexuel avant la première opération. Elle en a eu de très violents depuis et s'est sentie attirée très fortement vers le sexe masculin.

**Maladie de Fauchard.** — M. Moty, médecin principal de l'armée, lit une note sur la pathologie de la maladie de Fauchard; d'après ses recherches, cette affection, qui entraîne la chute prématurée de dents saines en apparence, est due à l'oblitération progressive de la cavité pulpaire par des dépôts de dentine. La compression de la pulpe amène son atrophie et secondairement celle de l'alvéole. La maladie de Fauchard serait ainsi la conséquence d'un excès de sels de chaux dans l'économie; on doit donc la classer dans les scléroses et abandonner l'hypothèse de « pathogénie microbienne ».

La trépanation de la cavité pulpaire proposée par Poinsot au congrès dentaire de Chicago (1891) est parfaitement rationnelle, mais se trouve ordinairement contre-indiquée par l'état très avancé des lésions au moment où les malades viennent consulter.

**Paralysies post-traumatiques.** — M. Perier lit un rapport sur une communication récemment faite à l'académie par M. Mouchet (de Sens) et relative à trois cas de paralysies post-traumatiques guéries par l'élongation des nerfs.

**Rapport sur le prix Larrey.** — M. Lagneau lit un rapport dont les conclusions seront lues en comité secret.

A 5 heures l'Académie se forme en comité secret.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 24 juillet. — Présidence de* M. d'Heilly

**Hystérie et paludisme.** — M. Lemoine présente un malade, sans aucune tare héréditaire, qui, au Tonkin, eut des accès de fièvre paludéenne. Quelque temps après, il fait pris de symptômes hystériques consistant en hoquets éructations, s'accompagnant de météorisme abdominal. Ces crises se produisent d'une façon irrégulière et durent de 0 min. à 1/4 d'heure. Jamais il n'a eu d'attaques avec grandes convulsions, mais il présente une hémianesthésie complète du côté droit, avec rétrécissement du champ visuel. Au niveau de la région hépatique, il existe une zone hystérogène très nette; lorsqu'on appuie sur ce point on détermine des hoquets et du tympanisme. Le foie est gros, congestionné. M. Lemoine pense que cette zone hystérogène est en rapport avec l'affection primitive qui a été la cause de la névrose.

M. Hayem rappelle l'observation d'une jeune fille chez laquelle on fit naître une attaque d'hystérie à l'occasion d'un tubage stomacal : cette malade présentait donc une zone hystérogène gastrique.

**Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.** — M. Achard. J'ai eu l'occasion d'appliquer le procédé de séro-diagnostic de M. Widal dans 6 cas, avec des résultats 3 fois négatifs et 3 fois positifs, mais confirmant toujours la valeur de ce procédé.

Parmi les cas négatifs, 2 concernent des malades entrés avec des symptômes douteux : l'examen du serum, fait immédiatement, a permis d'écarter l'hypothèse d'une fièvre typhoïde. Dès le lendemain, d'ailleurs, la fièvre était tombée, et ces malades ont quitté l'hôpital peu de jours après.

Le troisième cas est plus intéressant. Il est relatif à une enfant de 16 ans, dont le père a été atteint simultanément d'une façon analogue et observé par M. Widal. Il y avait chez cette malade de quoi permettre l'hésitation : fièvre (39°), céphalalgie, anorexie, un peu de stupeur, langue sèche, épistaxis.

Mais on ne trouvait pas de diarrhée, pas de taches, pas de râles dans la poitrine, et la courbe thermique différait de celle de la fièvre typhoïde régulière. De plus, la disparition rapide de la stupeur, de la céphalalgie, l'absence de diarrhée, montraient bien qu'il s'agissait non d'une fièvre typhoïde, mais d'un embarras gastrique fébrile. Or, l'examen du serum pratiqué dès le premier jour, et plusieurs fois renouvelé depuis, a permis d'éliminer d'emblée l'idée d'une fièvre typhoïde, conclusion identique à celle formulée par M. Widal, pour le frère de cette jeune malade.

Si on compare le séro-diagnostic aux autres procédés de microbiologie appliquée à la clinique, tous les avantages sont en faveur de ce séro-diagnostic. La ponction de la rate n'est pas toujours possible ni peut-être inoffensive; les cultures qu'elle fournit doivent ensuite être caractérisées ce qui demande un certain temps. Quant au procédé d'Elsner, il exige aussi beaucoup plus de temps et de peine que le séro-diagnostic. Les colonies obtenues avec les selles ne peuvent pas être caractérisées seulement à l'œil nu, et, comme d'autres observateurs, j'ai vu que des colonies ressemblant à celles du bacille d'Eberth étaient, en réalité, formées par le coli-bacille, faisant fermenter la lactose. Enfin, la constatation récemment faite du bacille d'Eberth dans les selles de sujets bien portants montre bien que ce n'est pas dans le contenu intestinal, c'est-à-dire à la surface interne de l'organisme, qu'il importe de chercher la preuve de l'infection typhoïdique, mais bien dans l'intimité même de l'organisme, dans ses tissus ou dans ses humeurs.

M. Widal a pu, jusqu'à présent, trouver la réaction caractéristique dans quatorze cas personnels. Ses expériences lui ont permis d'établir que cette réaction se produit, en général, le septième ou le huitième jour de la maladie. Il est cependant des cas, où on a pu l'obtenir dès le cinquième jour.

Dans un certain nombre de cas où l'on hésitait entre la dothiénentérie et l'embarras gastrique, l'examen du sang est toujours resté négatif. Dans les typhoïdettes, la réaction est très manifeste, ce qui les différencie des embarras gastriques.

Il a recherché également si l'on obtiendrait les mêmes résultats avec l'urine des typhiques. Le même phénomène

se produit, mais d'une façon inconstante; souvent il n'a pas lieu, tandis que la réaction du sérum est très manifeste.

MM. Lemoine, Siredey, Menétrier communiquent des observations qui montrent le bénéfice qu'on peut tirer de la réaction de Pfeiffer pour le diagnostic de la dothiénentérie et qui confirment les résultats énoncés par M. Widal.

M. Hayem. — J'ai montré, il y a quelques années déjà, qu'on ne rencontre dans la dothiénentérie ni augmentation de fibrine, ni augmentation de leucocytes, contrairement à ce qui se passe dans la plupart des maladies infectieuses. Il y a là une particularité qui peut rendre des services dans certains cas difficiles de fièvre typhoïde.

**Mort rapide après une intervention sur un kyste hydatique du foie.** — M. Legendre. Un jeune homme de 27 ans était atteint d'un volumineux kyste hydatique du foie, ayant déformé le thorax, et repoussé le cœur jusque dans l'aisselle gauche. Je proposai l'intervention chirurgicale ; elle fut acceptée. Le surlendemain, M. Tuffier fit, à la maison Dubois, une laparotomie et une incision de cette cavité kystique. Deux litres de liquide s'écoulèrent.

Immédiatement après, le cœur revint à sa situation normale. Le kyste fut bourré avec de la gaze stérilisée. Le malade supporta facilement l'opération, mais le soir, à 4 heures, survint rapidement de la toux, de la dyspnée, le pouls s'accéléra, le visage se cyanosa, et le malade succomba à 11 heures par les progrès de l'asphysie. On ne put faire l'autopsie, de sorte que la cause de la mort nous échappe ; cependant on peut penser à une décompression brusque du poumon, ou plutôt à un retour rapide du cœur dans sa situation normale ; quoi qu'il en soit, on se demande quel est le procédé thérapeutique qui mettrait les malades à l'abri de semblables dangers.

M. Rendu. Pour les kystes suppurés, le seul traitement est l'ouverture rapide. Mais pour le kyste simple, stérile, la simple ponction suivie d'une injection modificatrice, le sublimé par exemple, suffit dans la majorité des cas. J'ai observé un cas de guérison en 3 semaines, après l'injection dans la poche kystique de 3 cc. de sublimé en solution à 1/2000.

Quant aux accidents de décompression pulmonaire, je les crois possibles, car j'ai été témoin de phénomènes analogues, chez un de mes malades opéré par M. Routier; peu de temps après l'opération, ce malade eut une congestion de la base du poumon droit, congestion *ex vacuo*, avec tendance à l'apoplexie.

Ces faits indiquent qu'il serait peut-être préférable de faire, quand on le peut, une évacuation en plusieurs temps.

M. Legendre. La ponction simple comporte également de nombreux accidents; je me rappelle, à cette occasion, une malade chez qui M. Quenu fit une simple ponction; quelques heures après, des accidents terribles éclatèrent et rendirent une laparotomie urgente.

M. Hanot. Les injections de liqueur de Van Swieten ont procuré de nombreuses guérisons, mais uniquement pour des petits kystes. Pour les grands kystes, ces injections sont inefficaces et même dangereuses.

Il y a 4 ans, M. Galliard publia une observation analogue à celle que vient de lire M. Legendre; dans ce cas, des adhérences entre le kyste et le diaphragme facilitèrent les phénomènes de congestion pulmonaire.

**Sur une faute dans la stérilisation du lait qui peut être l'origine de diarrhées estivales graves.** — M. A. Marfan. Dans mes leçons sur l'allaitement artificiel, j'ai signalé les faits sur lesquels je viens aujourd'hui rappeler l'attention. S'il me paraît utile d'y revenir, c'est que dans cette période de chaleur plus qu'à tout autre moment, ne pas les connaître peut avoir des conséquences funestes.

Une règle doit dominer, à mon sens, toutes les pratiques de stérilisation : le lait doit être soumis à l'action de la chaleur le plus tôt possible après la traite. C'est de la violation de cette règle qu'il s'agit ici.

Dans ces dernières semaines, j'ai été appelé à voir un assez grand nombre de nourrissons atteints de diarrhées toxi-infectieuses fébriles, apyrétiques ou algides, mais toutes très graves. Dans quelques cas, il y avait eu violation grossière des règles de l'allaitement, et la genèse de la diarrhée n'était pas difficile à trouver. Au contraire, dans quelques autres, les enfants étaient alimentés très régulièrement avec du lait stérilisé, dans le ménage, à l'aide d'appareils où la stérilisation était effectuée par la mère, qui y apportait le plus grand soin ; on s'étonnait donc de l'apparition d'une diarrhée grave. Pourtant une faute avait été commise ; car, voici ce que m'apprit une enquête que je pus mener à bien dans trois cas. Le lait était acheté le matin, entre 7 et 8 heures, à une crèmerie voisine ; il était payé plus cher que le lait ordinaire, le crémier garantissant sa fraîcheur et sa bonne qualité ; aussitôt acheté, il était soumis à l'action de la chaleur. Ce lait était arrivé chez le crémier vers 6 heures du matin, venant d'une grande gare de Paris. Il avait donc voyagé la nuit, et il avait donc été trait la veille ; effectivement, il fut possible d'apprendre qu'il avait été recueilli la veille vers 4 heures de l'après-midi.

Seize heures s'étaient donc écoulées entre la traite et le chauffage ; c'est beaucoup plus qu'il n'en faut, pendant l'été et par les temps orageux, pour que le lait ait le temps de s'altérer. Après ce délai, on a beau le soumettre à l'action de la chaleur : on détruit les ferments, on ne détruit pas les produits de la fermentation, et on fait prendre au nourrisson un lait déjà corrompu.

Je crois donc utile de rappeler les règles que j'ai établies pour le choix d'un procédé de stérilisation par la chaleur.

Etes-vous dans le voisinage d'une source de lait qui offre les garanties désirables, et pouvez-vous soumettre le liquide à l'action de la chaleur quelques instants après la traite? Usez alors de la méthode de Soxhlet, ou usez de l'ébullition, qui est presque aussi bonne, si vous assurez une parfaite propreté des vases, des biberons et des tetines, dans les deux cas, que le lait soit consommé dans les vingt-quatre heures. Mais êtes-vous éloigné de la source du lait et ne pouvez-vous soumettre le liquide à l'action de la chaleur que plusieurs heures après la traite, repoussez la méthode de Soxhlet, repoussez l'ébullition. Alors, la seule ressource possible, c'est le lait stérillisé dans l'industrie. Ce lait soumis au surchauffage aussitôt après la traite se conserve très bien pendant plusieurs jours.

**Classification des gastrites.** — M. Hayem lit une note dont voici les conclusions:

Les gastrites doivent être divisées de la façon suivante :

I. — *Gastrite parenchymateuse et glandulaire.*

*a*) Gastrite parenchymateuse hyperplastique : multiplication des cellules principales et raréfaction des cellules

bordure; — multiplication ou hypertrophie des cellules de bordure, raréfaction des cellules principales; — multiplication des cellules des deux espèces.

*b*) Gastrite parenchymateuse dégénérative.

II. — *Gastrite interstitielle* : aiguë ou subaiguë; — chronique, scléreuse.

III. — *Gastrites mixtes.*

IV. — *Processus terminaux*: transformation muqueuse ; atrophie.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Séance du 25 juil. Prés. de* M. Ladreit de Lacharrière

La séance est ouverte à 4 heures 1/4.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La Correspondance comprend : 1° Une lettre de M. Sombret remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant national. 2° Les journaux et revues habituels.

M. Polaillon offre à la Société le nouveau volume de *Statistiques chirurgicale* qu'il vient de publier et qui comprend les *Lésions du tronc.*

M. Jullien lit l'analyse d'un travail intitulé : **Observations cliniques et études expérimentales relatives à l'action de l'éther et du chloroforme sur les reins,** par les Drs Giuseppe Bebi et Francesco Babacci (de Faenza).

On s'est beaucoup préoccupé dans ces derniers temps des morts survenues dans les premiers jours qui suivent une opération et que l'on a parfois inscrites sous les nom de *shock, collapsus, paralysie cardiaque.* L'étude attentive des reins donne-t-elle la raison de ces accidents ? Ainsi témoignent les statistiques suivantes.

Voici d'abord le bilan de l'*éther* :

Butter, sur 500 cas, note 1 albuminurie éphémère.

Roux, sur un grand nombre, trouve 4 albuminuries mais qui avaient été constatées antérieurement.

Fueter, sur 150 cas, 4 d'albuminurie préexistante.

Vaadt, sur 118 cas, 4 d'albuminurie (2 vieillards et 2 phthisiques).

Barensfeld, sur 150 cas, 4 albuminuries (1 antérieure, 2 transitoires, 1 durant 5 jours).

Wunderlich, sur 61 cas, 15 fois cylindrurie sans albuminurie.

Voici maintenant le bilan du *chloroforme* :

Lutze, sur 27 cas (femmes), 18 albuminuries (durée de 1 à 2 jours).

Rindskopf, sur 93 cas, 31 altérations épithéliales, albuminurie ou cylyndrurie.

Alessandri, sur 300 cas, albuminurie de 10 à 60 0/0.

Wunderlich, sur 46 cas, 16 fois cylindrurie sans albuminurie.

La plupart de ces auteurs attribuent une grande importance à la durée de l'anesthésie et à l'abondance de la perte sanguine ou des vomissements.

Bebi et Babacci exposent leurs résultats basés sur 95 narcoses : 54 par le chloroforme, 41 par l'éther.

Chloroforme 82 grammes en moyenne, pour 57 minutes de narcose.

Ether 203 grammes en moyenne, pour 91 minutes de narcose.

Dans tous les cas il y eut diminution considérable de la quantité des urines et augmentation de la densité le jour qui suivit la narcose.

L'albuminurie et la cylindrurie donnèrent les résultats suivants :

Ether, 41 narcoses 15 albuminuries (3 preexist.) 36,60 0/0.

Chloroforme, 54 narc. 10 album. 18,89 0/0.

Il n'y eut aucune mort après le chloroforme ! Il y en eut 3 après l'éthero-narcose; mais dans deux cas l'albuminurie était antérieure à l'opération et la mort fut amenée par une péritonite; dans le 3e il n'y avait pas d'albumine, mais les urines avaient une densité de 1000 et à l'autopsie on trouva le rein droit détruit par un calcul, le rein gauche converti en un sac de pus.

Les auteurs ont réuni encore quelques expériences sur les animaux. Nous y lisons les résultats suivants :

1° Un cobaye soumis quotidiennement à l'éther meurt au 5e jour avec les reins congestionnés et gros;

2° Un autre cobaye ne meurt que le 9e jour, il n'a pas de lésion apparente des reins;

3° Chez un 3e qui meurt au 6e jour, les reins sont gros, la capsule se détache facilement, la substance corticale est hyperémique, le parenchyme est parsemé de petites hémorrhagies;

4° Un lapin succombe le 7e jour pendant l'anesthésie. Gros reins ;

5° Un chien subit successivement l'ablation du rein gauche, et 58 jours après l'ablation partielle (19 gr.) du rein droit que l'on trouve après 5 anesthésies pâle et hémorrhagique, néanmoins il survit, et se rétablit complètement.

Le chloroforme tue beaucoup plus vite : les cobayes à la 4e et 5e narcose, un lapin à la 4e, et soumis à la néphrectomie comme le précédent, un chien succomba à la 4e narcose avant d'avoir la seconde mutilation. Chez tous, les reins étaient gros et blancs, et la capsule facile à détacher.

Ajoutons que l'examen histologique a été pratiqué sur tous ces reins confirmant à peu de chose près les données obtenues déjà par nombre d'observateurs : Fueter, Nothnagel, Hegar, Bouchard et Fraenkel et montrant que d'une façon très générale il s'agit d'une *glomérulo-néphrite* avec *processus dégénératif de l'épithélium rénal.* Chez le chien empoisonné au chloroforme, on pouvait en outre observer une néphrite parenchymateuse tant aiguë en certains points que chronique, et dénommer franchement ces lésions mal de Bright.

Les méfaits de l'éther sont moindres. Les reins sont en proie à un processus phlogistique, qui bien que répandu sur toute la substance rénale, frappe surtout les glomérules, mais au lieu de passer à la chronicité comme dans l'autre cas, il aboutit facilement à la guérison.

En résumé : Par l'éther l'albuminurie est plus fréquente, on la rencontre dans 20 0/0 des cas, tandis que par le chloroforme elle atteint seulement 18,89 0/0.

Les lésions d'hémorrhagie et de glomérulo-néphrite produites par l'un et l'autre de ces narcotiques offrent cette différence qu'après l'éther elles évoluent vers la *restitutio ad integrun*, et après le chloroforme ont la plus grande tendance à passer à l'état chronique, présentant ainsi un degré de gravité beaucoup plus élevé.

Ces conclusions sont imposées à la fois par l'observation clinique et par l'étude expérimentale.

MM. Bebi et Babacci, se défendant de tout exclusivisme,

accordent sans hésiter la préférence à l'éther, en se plaçant au seul point de vue de la tranquillité que donne au chirurgien la sauvegarde à peu près absolue de l'organe rénal.

M. Dubuc fait remarquer que les conclusions des auteurs vont à l'encontre de celles des auteurs américains. La question reste donc à l'étude.

**Nouvelle contribution sur le rôle de la phonendoscopie.** — M. Bianchi (sera publié).

M. Duroziez. Dans la phonendoscopie, M. Bianchi comprend l'auscultation et la percussion. En grossissant les bruits, on les dénature, on leur ôte leur originalité, leur timbre, leur tonalité, leurs rapports.

Les finesses disparaissent, la fleur a vécu. L'auscultation du cœur est toute dans la pression qu'on exerce avec l'oreille; par la pression on entend des bruits, par l'écart de l'oreille on en trouve d'autres.

L'oreille, admirable stéthoscope, inimitable, perçoit les battements en même temps que les bruits, met chaque chose en temps, sent les frémissements, rampe le long du cœur sans perdre le fil, localise de la largeur du conduit auditif; mais aucun intermédiaire, pas de chemise, pas de serviette, contact absolu. Ce n'est pas la faiblesse des bruits qui les fait inaperçus, c'est parce qu'on ne sait pas ce que l'on doit chercher; on ne trouve que ce qu'on cherche. Par le grossissement en auscultation on créé la confusion. Il ne s'agit pas ici de bruits microbiens qu'il faut grossir de 500 ou 1,000 fois pour leur donner leur valeur.

Nous avons déjà répondu à la phonendoscopie comme moyen de percussion plus fine. M. Bianchi la travaille depuis 15 ans, et en tire ce que d'autres n'en tireront qu'après une longue étude; elle ne se laisse pas plus facilement aborder que la percussion ordinaire; comme l'autre elle a ses trucs et ses adeptes.

Il ne faut pas croire qu'il suffise d'avoir un phonendoscope pour percuter clair.

Il faut varier les pressions, comme dans la visible percussion; souvent il faut appuyer ferme; la douceur passe à la rudesse et devient notre percussion. Quand notre index gauche enfonce dans la peau, il ne faut plus qu'un léger ébranlement pour dévoiler les matités profondes, mais il faut appuyer ferme et être attentif. M. Bianchi enfonce le doigt comme nous, est attentif et a la longue expérience.

M. Besnier apprécie surtout la facilité avec laquelle on peut se servir du phonendoscope, et pense que cet instrument donne au point de vue de la superposition des organes des résultats que la percussion ne peut pas donner. Il rappelle les expériences cadavériques qui ont pleinement mis en lumière les résultats de cette méthode.

**Goutte militaire et métro-annexite.** — M. Jullien (sera publié).

M. Dubuc. Les faits de contagion conjugale par la goutte militaire du mari ne sont que trop fréquents, et je pense qu'on ne saurait trop les signaler. Tout dernièrement encore j'ai eu l'occasion d'en être témoin et de voir une jeune femme soignée pour une métro-salpingite qui dérivait avec évidence d'une blennorrhée. Des soins ont été donnés par un gynécologiste, mais n'empêcheront pas sans doute la malheureuse de rester stérile, tandis que j'avais les plus grandes peines à venir à bout de l'uréthrite du mari. Qu'on se méfie des filaments; sans doute beaucoup sont exempts de gonocoques et inoffensifs, mais en principe il faut les redouter et les combattre.

M. Picqué est nommé membre titulaire à l'unanimité.

La séance est levée à 5 h. 3/4.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 29 juillet. — Présidence de* M. Ch. Monod

**Traitement du pied-bot.** — M. Lucas Championnière. Les indications opératoires dans le pied-bot me paraissent difficiles à poser d'une façon générale. L'opération de Phelps donne aussi dans certains cas de bons résultats. Mais la résection osseuse atypique donne des résultats immédiats sans avoir besoin d'avoir recours à un traitement post opératoire. J'ai donné la formule, enlever tout ce qui gêne pour rendre un pied au malade. Celui-ci peut marcher assez rapidement et n'a pas besoin comme dans le cas de M. Richard de deux mois d'appareils pour pouvoir recouvrer son pied. Il faut détruire le plus de substance osseuse, en respectant les tendons et les muscles.

Cette opération est surtout bonne si on intervient par une mobilisation extrêmement rapide. Je ne mets pas d'appareil plâtré à mes malades — et l'on arrive beaucoup plus vite à la guérison.

Quand on présente une méthode d'une manière générale il faut dire qu'on n'obtiendra jamais sur un pied déformé les mêmes bons résultats qu'avec le désossement presque total du pied.

M. Kirmisson. Je suis d'une opinion diamétralement opposée à celle de M. Lucas Championnière et je défends l'opération qui veut conserver le plus d'os possible.

**Contusion du foie.** — M. Walther fait un rapport sur une observation présentée par M. J. L. Faure. Il s'agissait d'un malade entré à la Pitié pour un coup de pied de cheval dans le ventre. Le malade présentait une douleur extrêmement vive au niveau du rebord costeux. Pas de vomissement. Pouls à 54 et température très basse 34,5. Laparotomie médiocre qui montre une hémorrhagie intra-péritonéale. Débridement à droite et on trouve la source de l'hémorrhagie. La vésicule biliaire était décollée et le foie présentait un peu à gauche de la fossette cystique, une déchirure antéro pubienne. Par toute cette surface s'écoulait du sang et au fond de la fissure se montrait une artère qui donnait du sang à plein jet. Une pince fut appliquée puis la plaie tamponnée M. Faure referma le ventre.

Dès le lendemain le malade était en bon état. Le 2e jour on enlève la pince et les suites furent des plus simples.

**Kyste à grains riziformes du poignet.** — M. Lucas Championnière fait un rapport sur une observation de M. Leguifel où il s'agissait d'un malade porteur d'un kyste qui s'énucléa dans son ensemble et très facilement au cours de l'opération. C'est une rareté réelle, car je ne crois pas qu'il existe d'autre fait de cette inucléation facile.

M. Reynier. — Je crois que la méthode de choix et la plus prudente en présence d'un kyste synovial, consiste

disséquer complètement le kyste à grain rhinzi forme et non comme on le faisait autrefois à faire une simple incision avec drainage.

M. Lucas Championnière. La dissection du kyste est souvent parfaitement impossible — et la méthode de M. Reynier est idéale mais souvent peu pratique.

M. Walther. Lorsque l'on a enlevé les grains synoviaux dans leur entier, on peut rester à l'abri des récidives et j'aurais deux cas dont l'un date de 1888 et qui ont conservé leur guérison parfaite.

M. Peyrot. Il est certain que ces méthodes graves et difficiles peuvent donner de bons résultats, mais que de fois surtout dans les synovites fougueuses, on peut chez les enfants obtenir la guérison sans intervenir chirurgicalement.

M. Poncet. Je crois comme M. Peyrot qu'il faut enlever tout ce que l'on peut, mais si cela est impossible une simple incision peut suffire, comme la laparatomie dans la péritonite tuberculeuse.

**Rétrécissement du rectum.** — M. Reclus. Je voudrais citer deux observations dans lesquelles la dilatation a donné les meilleurs résultats.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade présentant au-dessus du sphincter une bride transversale et en diaphragme, au-dessus de laquelle naissaient deux fistules. Puis, plus haut, on trouvait une série de masses plus ou moins pédiculées, siégeant sur des ulcérations très nombreuses, siégeant au-dessus du rétrécissement. Au bout de onze jours, la dilatation faite par les bougies d'Hégar, facilitées par la cocaïne, la leucorrhée a disparu et les ulcérations se guérissent. La bride sus-anale avait été réséquée.

Dans le second cas, syphilitique comme le premier, on trouvait à 5 ou 6 centimètres au-dessus du sphincter un rétrécissement vasculaire — mais résistant et scléreux — au-dessus duquel étaient des ulcérations et des fongosités. Je passai de suite le n° 11, mais le 12 ne pouvait passer. Sur le doigt je fis quatre débridements qui permirent le lendemain d'arriver au 16, puis au 24. Et au douzième jour le malade pouvait se considérer comme guéri.

M. Quénu. Dans tous les rétrécissements syphilitiques il y a deux éléments, la rectite et le rétrécissement agissant l'un sur l'autre.

Ce n'est pas seulement par la dilatation qu'a agi M. Reclus, il a fait un débridement et un traitement local, injections chaudes et cocaïne.

M. Reynier. J'ajouterai un troisième élément aux deux de M. Quénu. — C'est l'élément spasmodique, sur lequel a agi M. Reclus avec efficacité en employant la cocaïne. De là la facilité avec laquelle on put passer les bougies de M. Reclus.

**Tumeur de la Corde vocale droite, présentation des pièces.** — M. Quénu.

**Calcul biliaire enlevé par la laparotomie.** — Présentation par M. Schwartz.

F. Verchère.

## NÉCROLOGIE

### Le professeur Pajot

C'est sous le coup d'une profonde émotion que je reviens du cimetière de Souppes (Seine-et-Marne) où j'étais allé rendre hier les derniers devoirs à celui qui fut longtemps mon maître et mon ami : le professeur Charles Pajot.

Connaissant de longue date les sentiments de cet homme intègre et simple entre tous, j'ai été agréablement surpris de trouver là la Faculté représentée par son estimable doyen d'abord, trois de ses professeurs et un agrégé, tous en robe, et précédés d'un appariteur dont la masse était voilée d'un crêpe.

Honneur à eux qui se sont souvenus... Honneur aussi à M. le prof[r] Pinard qui a retracé, dans un discours extrêmement éloquent et prononcé du fond du cœur, la vie professorale de ce professeur émérité, de ce maître hors ligne qu'on ne remplacera jamais.

Moi qui fus son élève à l'Ecole pratique en 1857 et en 1858, qui en 1859 devint son externe, alors qu'il remplaçait comme agrégé le prof[r] Paul Dubois à la clinique d'accouchements, et qui plus tard fut son préparateur à la Faculté, j'ai pu apprécier mieux que personne les qualités de ce cœur loyal et franc, digne de vivre à une meilleure époque que celle de compromission et de mercantilisme où se débat la société moderne.

Comme professeur, son passage à la Faculté a ouvert une ère brillante pour l'obstétrique qui se continue encore aujourd'hui.

Mais combien il était difficile d'inaugurer cet enseignement après Moreau qui comptait à peine 30 élèves à son cours! tandis que le grand amphithéâtre de la Faculté ne pouvait pas contenir tous ceux qui s'écrasaient au pied de sa chaire; aussi peut-on affirmer que le goût des études obstétricales, si dédaignées jusqu'à lui, date de son enseignement. Aujourd'hui cet enseignement est divisé; il est plus clinique que théorique, je n'ai pas à l'apprécier ici mais je puis dire que tous les jeunes maîtres de l'obstétrique moderne se sont inspirés de ses magistrales leçons.

Comme homme privé, en tenant compte des différences de caractères qui pour l'harmonie de la vie doivent entrer en ligne de compte, Pajot était l'homme le plus droit et le plus serviable que j'aie jamais connu.

Aussi fallait-il voir avec quel empressement la population de Souppes et des villes voisines se pressait à son enterrement civil. La compagnie des sapeurs pompiers, drapeau en tête, avait tenu à honneur de porter la bière à bras, tandis que le char mortuaire, disparaissant sous une avalanche de couronnes, suivait à vide le corps du défunt.

Parmi ces couronnes on remarqvait celle de la Société obstétricale et gynécologique dont il avait été le fondateur et le premier président.

Les nombreuses Sociétés de la région, parmi lesquelles la Société de la *Libre pensée*, complétaient le cortège.

Un trait, entre tant d'autres, pour finir, qui dépeindra mieux que des paroles la dignité de cette exis-

tence si bien remplie : c'était dans ce petit appartement de la rue de Vaugirard, où il vivait avec sa vieille mère, avant d'être nommé professeur. C'est là, c'est à ce foyer intime entre tous, que les premiers honoraires du professeur permirent à Ch. Pajot d'acquitter les dernières dettes d'une succession obérée qu'il avait, tout en la connaissant, loyalement acceptée...

Aussi, mon cher maître, votre souvenir vivra-t-il éternellement dans les cœurs de tous ceux de vos élèves qui font passer l'honneur et la science avant l'intérêt.

Dr E. Verrier.

### Armand Desprès

Après les paroles très émues que notre collaborateur Verrier vient de consacrer à notre maître commun, à notre maître à tous, Pajot, me voici obligé de donner le dernier adieu à un autre maître, non moins pittoresque, non moins doué, Armand Desprès. Très humble rédacteur de la *France Médicale* en 1872, tout à fait au début de mes études médicales je me trouvai devenir le collaborateur de Desprès lorsqu'il prit, le 1er janvier 1874, la rédaction en chef du journal; depuis je ne suis jamais resté très longtemps sans le revoir et j'ai pu suivre avec un intérêt croissant la destinée de cet excellent homme, si bon, si hargneux, si conciliant ou si mordant, selon les jours, pour ses adversaires ou pour ses amis.

Desprès était un chirurgien de large envergure; opérateur posé et précis, il rappelait la manière de ses principaux maîtres, Nélaton et Jobert de Lamballe, mais son attachement aux idées de ses maîtres allait jusqu'à méconnaître absolument les découvertes faites depuis eux. L'antisepie ne le trouva pas seulement indifférent, elle n'eut pas de pire ennemi, l'asepsie elle-même ne trouva jamais grâce devant lui et pendant bien longtemps les chirurgiens actuels et les générations futures ne pourront réellement séparer le souvenir de Desprès de l'idée « du pansement sale. » Il serait peu séant d'insister longtemps sur un pareil sujet, mais ces cataplasmes vermineux et ces pansements préhistoriques évoquent réellement des souvenirs bien archaïques.

Armand Desprès aimait le paradoxe au possible; il le cultivait avec un très grand succès d'ailleurs et personne ne sut jamais faire donner à cette plante ingrate des produits aussi volumineux. Opérateur très habile, il laissait volontiers ses plaies croupir dans le pus le plus infectieux. Il ne manquait pas d'occasion de rappeler qu'il était matérialiste et athée, il joignait très volontiers à ces qualités celle de franc-maçon, et la plus grande partie de son activité, pendant ces dernières années, fut employée à combattre pour le rétablissement dans les hôpitaux d'une religion spéciale et pour des infirmières portant un costume déterminé.

Desprès fut à la fois un chirurgien et un homme politique. Rappelons que, fils d'un médecin en chef de Bicêtre, il naquit à Paris en 1834 et fut toute sa vie le type le plus accompli et le plus brillant du gavroche parisien. Agrégé de la faculté de médecine en 1863, chirurgien du bureau central en 1864, il passa successivement par Sainte-Périne en 1865, par Lourcine en 1866 et par Cochin en 1872; il n'a quitté Cochin que pour entrer à la Charité. C'est pendant son séjour à Cochin qu'il fit contre l'administration une ardente campagne pour faire disparaître des billets de salle la mention de la religion des malades. C'est ainsi qu'il préludait à son autre campagne contre la laïcisation des hôpitaux!

Comme beaucoup d'autres esprits distingués cependant, il eut la faiblesse de verser dans la politique et fut successivement conseillre municipal et député du VIe arrondissement de Paris. Aux dernières élections, les électeurs, mieux avisés, l'avaient rendu à ses occupations naturelles. Després ne s'en n'était pas consolé et certainement il regrettait encore vivement l'écharpe de représentant du peuple lorsqu'il est mort lundi soir à Interlaken, à l'âge de 62 ans.

Malgré des travers de caractère, qui d'ailleurs n'ont jamais nui qu'à lui-même, en l'empêchant d'arriver à la haute situation à laquelle sa grande valeur de chirurgien et de savant lui donnait tous les droits, Desprès était dans toute l'acception du mot un brave homme. Ses anciens élèves, qui tous ont gardé pour lui une réelle affection, ses anciens collaborateurs de la *France médicale* qui ne sauraient perdre le souvenir de son esprit si primesautier et de son impeccable science bibliographique et chirurgicale tous conserveront le souvenir de cet excellent maître, de ce gai compagnon, de ce si sympathique confrère qui sut toujours se faire pardonner et aimer de tout le monde parce qu'il fut simple et parce qu'il fut bon.

A. Chevallereau.

## MEMENTO PRATIQUE

**Régime alimentaire des diabétiques**, par H. Richardière. — L'hygiène alimentaire du diabète est basée sur ce principe: que le sucre et les féculents, transformés en glycose dans l'économie, sont nuisibles aux diabétiques. L'idée de supprimer le sucre dans l'alimentation des diabétiques est fort ancienne, puisque Rollo leur défendait déjà l'usage des aliments sucrés. A Bouchardat revient le mérite d'avoir montré la nécessité de cette suppression, et d'avoir formulé un régime dont l'efficacité a été confirmée par l'expérience universelle. La suppression du sucre dans l'alimentation des diabétiques est rationnelle, quelle que soit la théorie pathogénique invoquée. Dans la théorie de Bouchardat, cette suppression est nécessitée par les troubles de la digestion, considérés comme la cause de la glycosurie. Dans la théorie de Claude Bernard, elle restreint l'hyperglycogénie du foie, en diminuant l'apport des aliments transformables en glycogène. Elle est encore nécessaire si on

admet la transformation du sucre dans le sang à l'aide d'un ferment spécial (Pavy), ou si l'on considère la glycémie comme due à un défaut d'utilisation du sucre dans l'urine (Bouchard). Dans ces deux théories, en effet, elle empêche l'accumulation du sucre dans le sang.

Dans le régime prescrit par Bouchardat, et généralement conseillé aux diabétiques, la suppression du sucre et des féculents est à peu près complète.

Les graisses et les aliments azotés constituent la base de l'alimentation.

Le sucre et tous les plats sucrés sont formellement interdits. Les fruits, particulièrement le raisin, qui renferme beaucoup de sucre, sont exclus du régime. Les aliments qui renferment de l'amidon en quantité appréciable sont également défendus. Le malade doit bannir de sa table tous les légumes dit farineux : les pois, les lentilles, les haricots, les châtaignes, etc. Les pommes de terre, qui renferment 17 à 20 0/0 d'amidon, sont moins nuisibles, mais ne doivent être permises que sous certaines réserves.

Les pâtes alimentaires (vermicelle, tapioca, macaroni, etc.), les pâtisseries sont proscrites.

Le pain, en raison de la grande quantité d'amidon que renferme la farine, est défendu aux diabétiques. La privation de cet aliment est presque toujours fort difficile à faire accepter par les malades de notre pays; aussi, on a proposé de remplacer le pain ordinaire par le pain dit de gluten. Malheureusement, ce pain est d'un goût désagréable et d'une digestion difficile et les malades s'en fatiguent vite. D'autre part, le pain de gluten renferme encore une assez forte proportion d'amidon (de 16 à 44 0/0, d'après Boussingault). Aussi, quelques médecins renoncent à prescrire le pain de gluten et permettent une petite quantité de pain ordinaire, ou proposent de remplacer le pain par quelques pommes de terre. En effet, avec une faible quantité de pommes de terre, on ne dépasse pas la quantité d'amidon qui serait introduite dans l'alimentation par le pain de gluten ordinaire.

Pour remplacer le pain de froment, M. Dujardin-Beaumetz a préconisé le pain de soya. Mais ce pain, fabriqué avec la graine du *Soya hispida*, a une saveur désagréable, et Lecorché a fait remarquer qu'il renfermait près de 40 0/0 d'hydrates de carbone.

Toutes les viandes, sans exception, peuvent être servies aux diabétiques. La seule condition est qu'elles soient rôties ou préparées avec des sauces ne renfermant pas de farine.

Les graisses sous toutes les formes (huile, lard, etc.) sont très utiles aux diabétiques.

Les œufs, le fromage sont d'excellents aliments, que les diabétiques peuvent manger à volonté.

Parmi les aliments tirés du règne végétal, les légumes verts, choux, salades, artichauts, oseille, asperges, etc.,) sont permis.

Comme dessert, on peut autoriser certaines graines (les noix, les noisettes, les amandes) qui renferment beaucoup de graisse. Parmi les fruits sucrés qui sont à proscrire, les poires et les pommes sont les moins nuisibles.

Malgré la suppression des sucres et des féculents, la nourriture des diabétiques peut donc être encore assez variée. Cependant, quelques malades se plaignent constamment de l'impossibilité de satisfaire leur goût pour les aliments sucrés. Aussi, on a proposé diverses substances pour remplacer le sucre. Bouchardat et Pavy ont préconisé l'emploi de la glycérine pour sucrer les aliments et les boissons. Le goût sucré de la saccharine ou sucre de houille, dont le pouvoir sucrant est énorme, a semblé pouvoir également être utilisé. Après des essais nombreux, la saccharine a été généralement abandonnée à cause des troubles digestifs qu'elle détermine en mettant obstacle aux fermentations qui s'opèrent dans la digestion.

La lévulose n'a pas les mêmes inconvénients et peut être recommandée pour remplacer le sucre.

Les boissons des diabétiques doivent être abondantes. Il est nécessaire qu'ils satisfassent leur soif, car la déshydratation des tissus se produirait facilement.

Toutes les boissons sont permises, à la condition que ces boissons ne renferment pas de sucre. Les vins de Bourgogne et de Bordeaux conviennent parfaitement. Les vins de Champagne, les vins sucrés d'Espagne et d'Italie doivent être proscrits.

L'alcool peut être ingéré, mais en quantité modérée, car il exerce une action défavorable sur le foie, dont le fonctionnement est déjà altéré dans le diabète.

Bouchardat considérait l'usage du lait comme nuisible aux diabétiques. Des expériences de Kulz ont démontré que le sucre de lait (la lactose) était complètement brûlé par les diabétiques. Lecorché en conclut que les diabétiques peuvent faire usage d'une quantité de lait qu'il évalue à un demi-litre par jour. Suivant cet auteur, un demi-litre de lait par jour n'augmente pas le taux de la glycosurie.

Le régime lacté a même été recommandé comme traitement du diabète par Donkin, qui affirme avoir eu de nombreux cas de guérison par le régime lacté absolu. L'observation de la plupart des auteurs n'a pas confirmé les résultats avancés par Donkin.

Les infusions de thé ou de café, non sucrées, sont permises aux diabétiques.

Le régime prescrit par Cantini est beaucoup plus rigoureux que le régime de Bouchardat. Cantani ne permet que les viandes et les graisses. Il défend absolument tous les légumes et tous les féculents. La seule boisson permise aux malades est l'eau pure ou l'eau chargée d'acide carbonique.

Un régime aussi sévère est rarement suivi par les malades. Exécutées dans toute leur rigueur, les prescriptions de Cantini paraissent pouvoir exposer les malades aux accidents du coma diabétique. (*un. méd.*)

## VARIÉTÉS

### Le cerveau de Gambetta

d'après MM. Mathias Duval et Manouvrier

(*suite et fin*) (1)

Parmi les 45 hommes de cette catégorie dont on a pesé les cerveaux, il s'en trouve seulement trois qui, mort avant l'âge de soixante ans, ont présenté un poids encéphalique inférieure à la moyenne. Ces trois hommes sont G. Harless, physiologiste, Senzel, sculpteur, et Gambetta. Parmi les 35 hommes de la même catégorie dont j'ai calculé le poids cérébral d'après les capacités de leurs crânes (collections de Gall et Dumoutier) moyen d'évaluation moins sujet à l'erreur que le pesage direct du cerveau, six seulement sont restés au-dessous de la moyenne, à savoir : Roquelaure, évêque, aumônier de Louis XIV, de Terrin d'Arles, antiquaire, Alxinger, poète allemand, Cerachi, statuaire et Wurmser, général autrichien célèbre

(1) Voir *France Médicale* n° 30.

par ses défaites. Cela prouve qu'on peut être évêque, général, statuaire, etc., sans avoir un gros cerveau; que l'on peut devenir, comme Gambetta, avocat de talent, député ministre, chef de parti, sans posséder toutes les qualités cérébrales. Il n'y a là rien d'étonnant au point de vue psychologique et rien d'offensant pour la mémoire d'un homme d'Etat dont on peut avoir admiré l'éloquence et le patriotisme, sans conserver pour lui une sorte de culte fétichiste. C'est formuler une opinion absolument scientifique, et dont personne ne saurait être blessé que de dire : Quel qu'ait été Gambetta, il eût été supérieur à ce qu'il fut au point de vue psychologique, si à ses autres qualités cérébrales se fût jointe une supériorité pondérale...

L'anatomie comparative, en effet, montre que l'accroissement du poids cérébral, indépendamment de la masse du corps, possède au point de vue psychologique une valeur propre.

L'homme ne possède sur les autres animaux aucune supériorité anatomique plus marquée que celle du poids cérébral (étant tenu compte de sa taille) et il est légitime de considérer cette supériorité comme corrélative à celle de son intelligence. Il n'y a peut-être pas de caractère cérébral pouvant être rattaché d'une manière plus générale à la supériorité intellectuelle considérée dans son ensemble, si ce n'est la perfection de la circulation, de la nutrition du cerveau. Nous pouvons juger avec une facilité relative des effets psychologiques des modifications de ce dernier ordre, car nous les voyons se produire successivement chez un même individu et nous pouvons en produire à volonté au moyen de certains *ingesta*, tels que le café au moyen duquel nous pouvons accroître notre activité cérébrale. Gambetta me semble avoir été remarquablement doué sous le rapport de l'activité, de la rapidité du fonctionnement cérébral, qualités éminemment favorables à l'orateur. Mais il s'agit là peut-être bien plus de cette forme de supériorité psychique ordinairement désignée sous le nom de *facilité*, de *brillant*, etc., que de la forme désignée de préférence sous le nom de puissance intellectuelle, de profondeur, etc. Une supériorité pondérale du cerveau (toujours à masse organique égale) comporte une supériorité numérique des éléments cellulaires, la possibilité de connexions et d'arrangements supérieurs en nombre, en complexité, et corrélativement de correspondances, d'associations, de combinaisons psychiques plus variées, plus complexes et plus parfaites en un mot... »

Une circonvolution qui travaille beaucoup tend-elle à acquérir un plus grand développement, se demandait ensuite M. Manouvrier.

« C'est là une question importante, poursuivait le distingué anthropologiste, sur laquelle l'étude de la troisième circonvolution frontale gauche de Gambetta devrait jeter quelque lumière, car cette circonvolution constituait chez notre orateur un véritable organe cérébral *professionnel*. Or le moulage intracranien de Gambetta présente au niveau de la partie postérieure de la troisième frontale gauche, une saillie manifeste, une véritable « bosse » qui enchanterait les phrénologistes s'ils n'avaient placé par malechance en cet endroit « l'organe du vol ». Cette saillie est visible sur le contour du moulage intracranien de Gambetta, représenté dans la figure 2 de notre mémoire sur le cerveau de Bertillon. Elle prouve tout au moins que l'organe cérébral *professionnel* de Gambetta était non seulement très développé quant à sa forme, mais qu'il était aussi très développé en volume relativement aux parties voisines. Cela peut donner à réfléchir aux détracteurs du volume ou du poids cérébral, qui attribuent à ces qualités une certaine grossièreté comparativement à la forme des circonvolutions, comme s'il ne s'agissait pas toujours, au fond, d'une question de quantité

Avec quelques autres circonvolutions aussi développées que la partie postérieure de sa troisième frontale gauche, le cerveau de Gambetta eût atteint un poids supérieur à la moyenne, mais l'organe cérébral du langage articulé est trop minime partie de l'encéphale pour que son poids puisse exercer une influence notable sur le poids encéphalique total... »

Toutes ces constatations ne manquent pas d'intérêt, encore ne faudrait-il pas leur attribuer une valeur trop exclusive ces seules données ne pouvant, un tout état de cause, nous autoriser à formuler un jugement définitif sur tel ou tel personnage qui se sera illustré à des titres divers.

Ce n'est évidemment que par des recherches multipliées et comparatives, portant sur un grand nombre de cerveaux qu'on arrivera à asseoir sur une base solide cette science encore jeune mais si pleine de promesses, qu'est la cranioscopie. Peut-être objectera-t-on que l'étude du cerveau de Gambetta ne prouve pas d'une façon absolue qu'il existe une relation nécessaire entre la puissance intellectuelle et la capacité de l'encéphale, si tant est qu'on considère l'intelligence comme une chose abstraite ; mais tous les esprits raisonnables se rallieront à l'opinion exprimée par M. Manouvrier que si Gambetta fut doué de qualités exceptionnelles, son intelligence, prise dans son ensemble, présenta du moins quelques lacunes.

Ce n'est pas diminuer la valeur intellectuelle d'un homme tel que Gambetta que de la soumettre au creuset de l'analyse.

(*La Chronique Médicale*).

## NOUVELLES

**Hôpitaux de Paris.** — Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Rieffel et Villemin.

**Faculté de médecine de Paris.** — M. Dieulafoy, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, est, sur sa demande, nommé professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

CHEFS DE CLINIQUE. — Sont nommés : chefs de clinique médicale (Hôtel-Dieu) : M. Charrier ; chef adjoint, M. Rénon. — (Saint-Antoine) : M. Tissier ; chef adjoint, M. Thiercelin. — Chef de clinique chirurgicale (Necker) : M. Mauclaire. — Chef de clinique des maladies des enfants : M. Renault; chef adjoint, M. Zuber. — Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Gastou ; chef adjoint, M. Émery.

— Le ministre de l'instruction publique a été saisi de diverses demandes émanant d'étudiants en médecine inscrits dans les Écoles réorganisées, qui désireraient être autorisés à réparer en août, dans ces Écoles mêmes, l'échec qu'ils ont subi durant la session d'avril aux épreuves de la première partie du deuxième examen du doctorat.

La session permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique, à laquelle il a soumis cette question, a re

onnu qu'en présence des modifications apportées par les rticles 7 et 8 du décret du 31 juillet 1893 et par la circulaire u 7 mars 1894 au régime des examens subis dans les coles préparatoires réorganisées, il serait rigoureux de ontinuer à maintenir les dispositions du décret du 1er août 883 (art. 11). Elle a été, en conséquence, d'avis qu'il conenait de donner suite aux demandes précitées.

Le ministre vient d'informer les recteurs d'académie qu'il adopté cet avis, et il les prie de porter cette décision à la onnaissance de M. le doyen de la Faculté de médecine et le l'inviter à donner avis de ces dispositions au professeur hargé de présider la deuxième partie du deuxième examen u doctorat pendant la prochaine session ainsi qu'aux diecteurs des Écoles préparatoires réorganisées de leur ressort.

**Isolement de tuberculeux.** — La Commission instituée, rès l'Assistance publique, pour étudier la question de l'isoement des tuberculeux, demande : 1° la création de quarers spéciaux pour les tuberculeux, ou tout au moins de alles spéciales aménagées suivant les dernières améliorations hygiéniques; 2° la décentralisation des tuberculeux à première période, par la création de sanatoria.

M. Letulle demande la création de colonies de tuberculeux curables en Algérie, en Tunisie et en Corse.

**Légion d'Honneur.** — Par decrets, en date des 5 mars 26 juin 1896, ont été nommés dans l'ordre de la Légion honneur :

*Au grade de chevalier.* — M. Les docteurs Livon, directeur de l'École de médecine de Marseille, et Gross, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de ancy.

**Distinctions universitaires.** — Sont nommés : *Officiers l'instruction publique.* — MM. les Drs Alban de Lagarde, rofesseur à l'Ecole de médecine de Poitiers; Bard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Forgue, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Hue, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen ; Jouon, professeur à Ecole de médecine de Nantes ; Nepveu, professeur à l'Ecol médecine de Marseille ; Piéchaud, professeur à la Faulté de médecine de Bordeaux ; Truc, professeur à la Faulté de médecine de Montpellier ; Lemaire, secrétaire de Faculté de médecine de Bordeaux ; Berthollet, médecin joint du lycée de Grenoble ; Letulle, médecin du lycée enri IV; Léon Petit, de Paris, secrétaire général de l'Œue des enfants tuberculeux.

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Abelous, régé près la Faculté de médecine de Toulouse ; Alezais, ppléant à l'Ecole de médecine de Marseille ; Barthe, régé près la Faculté de médecine de Bordeaux ; Bolot, ofesseur à l'École de médecine de Besançon ; Chatellier, éparateur à la Faculté de médecine de Paris ; Chévy, ofesseur à l'École de médecine de Reims ; Courmont, régé près la Faculté de médecine de Lyon ; Delaunay, ofesseur à l'Ecole de médecine de Poitiers ; Delotte, suppant à l'École de médecine de Limoges ; Deschamps, pléant à l'École de médecine de Grenoble ; Desq, préparteur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Lafont, fesseur à l'École de médecine de Clermont ; Laguesse, fesseur à la Faculté de médecine de Lille ; Lenormand, fesseur à l'École de médecine de Tours ; Monlonguet, fesseur à l'École de médecine d'Amiens ; Moure, chargé cours à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Princeteau, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux ; Ricard, agrégé près la faculté de médecine de Paris ; Roque, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon ; Terson, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse ; Vallois, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier ; Vielleton, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Zipfel, chef de travaux à l'École de médecine de Dijon ; Godinat, médecin du lycée de Châteauroux ; Lagarde, médecin du lycée de Montauban.

**École de médecine de Grenoble.** — Par arrêté ministériel en date du 22 juillet 1896, M. le professeur Berlioz est nommé professeur de bactériologie théorique et pratique à l'École de médecine de Grenoble (chaire nouvelle) ; M. Douillet, suppléant, est nommé professeur d'histologie.

**Corps de santé de la marine.** — Par décret, en date du 25 juillet 1896, M. le docteur Davril, médecin de première classe de la marine en retraite, a été nommé médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

**Monument Alphonse Guérin.** — Le monument élevé, sur l'initiative des « Bretons de Paris », à Alphonse Guérin, sera inauguré à Ploërmel (Morbihan), le 14 septembre prochain. Le comité médical sera représenté par M. le prof Guyon, membre de l'Institut ; M. le Dr Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, et M le Dr Merklen, médecin de l'hôpital Laënnec.

**Association de la presse médicale française.** — *Le Cinquantenaire de l'Anesthésie.* Les délégués des corps savants de France, nommés pour représenter ces Sociétés à la conférence préparatoire organisée par l'Association de la Presse médicale dans le but de préparer la fête commémorative du Cinquantenaire de l'Anesthésie, se sont réunis le mercredi 15 juillet 1896 à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence de M. le prof Cornil, président de l'Association de la Presse médicale et délégué officiel de l'Académie de Médecine.

La commission définitive d'organisation a été nommée e se compose de :

M. le Pr Cornil, président (Académie de Médecine) ;

M. le Dr Lucas-Championnière (Association de la Press médicale) ;

M. le Dr Picqué (Association française de Chirurgie) ;

M. le Dr Reclus (Société de chirurgie de Paris) ;

M. le Pr Lannelongue (Association générale des médecins de France) ;

M. A. Petit (Association générale des pharmaciens de France) ;

M. de Marion (Syndicat des dentistes français) ;

M. Marcel Baudouin, secrétaire général.

M. M. Baudouin a exposé ensuite à la commission un programme de l'ensemble des fêtes, qui comprendraient 1° une séance solennelle à la Sorbonne ; 2° un banquet ouvert à tout le corps médical français ; 3° une représentation de gala dans l'un des théâtres subventionnés.

Comme la commission pense qu'il y a un réel intérêt à faire coïncider la fête, non pas exactement avec le 16 octobre (date précise du Cinquantenaire), mais avec le prochain congrès de Chirurgie, qui s'ouvrira, à Paris, le 18 octobre seulement, avant de se réunir à nouveau, elle attendra les propositions du bureau du Congrès de Chirurgie, si ce dernier n'accepte pas intégralement les propositions de l'Association de la Presse.

*Le secrétaire général,* Marcel Baudouin

**Clinique ophthalmologique des Quinze-vingts.** — Un concours est ouvert pour l'admissibilité à deux emplois de chefs de clinique à la clinique nationale ophthalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton.

La première séance aura lieu dans une des salles de la clinique, le vendredi matin 7 août 1896, à 9 heures.

Pièces à produire : 1° acte de naissance; 2° diplôme de docteur ou le titre officiel d'aide de clinique des Quinze Vingts; 3° titres et travaux scientifiques; 4° certificat de bonnes vie et mœurs.

Messieurs les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés de 1 heure à 4 heures, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton 28, où il leur sera donné tous les renseignemenis nécessaires sur les obligations qui leur seront imposées et sur les avantages qui leur seront réservés.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 31 juillet 1896.

**Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau, orgrnisée avec le concours de la Société des voyages économiques. Dimanche 9 août 1896.

Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits. Départ de Paris, 8 heures du matin ; arrivée à Fontainebleau, 9 h. 15 matin. Départ de Fontainebleau, 10 h. 10 soir ; arrivée à Paris, 11 h. 31 soir. — Prix : 1re classe, 18 fr ; 2e classe, 16 fr. ; 3e classe, 15 fr.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour ; 2° le transport en voiture, les repas, etc... sous la responsabilité de la Société des voyages économiques.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre, et 10, rue Auber. On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de cette Compagnie, à Paris.

**La mortalité à Paris.** — Pendant la 30e semaine le service de la statistique a compté 1018 décès au lieu de 960 et de la moyenne 922. L'aggravation signalée la semaine dernière paraît donc s'accentuer.

Les maladies épidémiques sont cependant rares (37 au lieu de 47 et de la moyenne 5), la fièvre typhoïde a causé décès, au lieu de et de la moyenne 65, la rougeole 17 décès au lieu de 14 et de la moyenne 24, la scarlatine 4 au lieu de 9 et de la moyenne 5, la coqueluche 8 au lieu de 7 et de la moyenne 7, la diphtérie 6 au lieu de 10 et de la moyenne 17.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, ni par influenza.

En revanche, la diarrhée continue à faire de nombreuses victimes. 188 décès au lieu de 172, pendant la 29e semaine, et au lieu de 127, moyenne de la saison. Parmi ces 188 décès, 168 ont frappé les enfants au-dessous de 1 an; 14, ceux de 1 à 4 ans, et 6 les personnes de plus de 5 ans. — Les quartiers les plus atteints sont, comme d'ordinaire, ceux de la périphérie de Paris (Passy excepté, où on constate seulement 2 décès), le XXe arrondissement (Ménilmontant) seul compte 33 décès, et le XVe arrondissement (Vaugirard) 23 décès. L'ensemble des dix premiers arrondissements ne compte que 32 contre 156 dans les dix derniers.

En outre 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 64 décès (au lieu de 68 pendant la semaine précédente et au lieu de 83, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 7 décès (au lieu de la moyenne de 10); bronchite chronique, 12 décès (au lieu de la moyenne 19); broncho-pneumonie, 21 décès (au lieu de la moyenne 26); pneumonie, 24 décès (au lieu de la moyenne 28). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 48 décès, dont 30 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 176 décès au lieu de la moyenne 172; la méningite tuberculeuse, 26 décès; la méningite simple, 27; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 26 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 58 décès, et les maladies organiques du cœur, 58; le cancer a fait périr 64 personnes. Enfin, 23 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 21 suicides et autres morts violentes.

On a célébré à Paris 478 mariages.

On a enregistré la naissance de 1128 enfants vivants : 595 garçons et 533 filles, dont 825 légitimes et 303 illégitimes. Parmi ces derniers, 39 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 380 enfants, dont 117 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 117 seront nourris au sein et 263 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 74 morts-nés, dont 49 légitimes et 25 illégitimes

**Nécrologie.** — Le Dr Flous (Anatole) de Noaillan (Gironde), reçu en 1867, conseiller général du canton de Villandrant.

**DYSPEPSIES.** — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
**ALIMENT DES ENFANTS.** — Phosphatine Falières.
**CONSTIPATION.** — Poudre laxative de Vichy.
**NEUROSINE PRUNIER.** — Phosphoglycérate de chaux pur.

**VIN AROUD** (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des intestins.**

**CAPSULES DARTOIS** 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

**SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER** 1 cuillerée à café au repas

*Le Gérant* : A. Chevalereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.